

Research Article

## Evaluation of the effectiveness of schema therapy on reducing stress, anxiety, depression and increasing self-efficacy in patients with multiple sclerosis

Authors

Maryam Farhadi<sup>1</sup>, Mohammad Mehdi Pasandideh<sup>2\*</sup>, Shahram Vaziri<sup>3</sup>

1. Ph.D. Student of Clinical Psychology, Islamic Azad University of Roudehen

2. Assistant professor of psychology, Payam Noor University. (Corresponding Author).

3. Associate professor of psychology, Islamic Azad University of Roudehen

Abstract

Receive Date:  
09/03/2021

Accept Date:  
08/06/2021

**Introductoin:** This study aimed to evaluate the effectiveness of schema therapy on reducing stress, anxiety, and depression in patients with multiple sclerosis.

**Method:** The present study was a quasi-experimental study with pre-test, post-test design with a control group. The study population consisted of all members of the MS Society of Iran located in Tehran, and the research sample consisted of 30 members of the Association who were selected using the targeted sampling method and were randomly assigned to two experiment and control groups (15 people for each group). All 2groups were tested by (DASS-21) and (GSE-10) scale, and then the experimental group received schema therapy in 12 Two-hour sessions for 12 weeks, but the control group did not receive some training, then both groups were post-test. The research data were analyzed using multivariate and univariate analysis of variance and independent t-test.

**Results:** The results of analysis of variance of difference scores showed that schema therapy on stress ( $f=110.90$ ,  $P<0,001$ ), anxiety ( $f= 88.92$ ,  $P<0,001$ ), and depression: ( $f= 32.29$ ,  $P<0,001$ ) in patients with multiple sclerosis has been effective. Schema therapy has been effective in increasing the self-efficacy of patients with multiple sclerosis ( $t = 12.07$ ).

**Discussion and Conclusion:** The findings of this study confirm the effectiveness of schema therapy in reducing stress, anxiety, and depression and increasing self-efficacy in patients with multiple sclerosis.

Keywords

Multiple sclerosis, schema therapy, stress, anxiety, depression, self-efficacy.

Corresponding Author's E-mail

mmpasandideh@gmail.com

# بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر کاهش استرس، اضطراب، افسردگی و افزایش خودکارآمدی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

نویسندگان

مریم فرهادی<sup>۱</sup>، محمدمهدی پسندیده<sup>۲\*</sup>، شهرام وزیری<sup>۳</sup>

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی رودهن

۲. استادیار گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور

۳. دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی رودهن

چکیده

**مقدمه:** هدف این پژوهش بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر کاهش اضطراب، افسردگی، استرس و افزایش خودکارآمدی بیماران مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس بوده است.

**روش:** پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه افراد مبتلا به بیماری MS و عضو انجمن حمایت از بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس شهر تهران بود. نمونه پژوهشی شامل ۳۰ نفر بودند که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. ابزار مورد استفاده در این پژوهش، پرسشنامه استرس، اضطراب و افسردگی (DASS۲۱-) و پرسشنامه خودکارآمدی عمومی (GSE-10) بودند. گروه آزمایش جلسات طرحواره درمانی طی ۱۲ جلسه دو ساعته دریافت نمود و گروه کنترل هیچگونه مداخله درمانی دریافت نکردند، سپس هر دو گروه تحت پس آزمون قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس چند متغیری و تک متغیری و تی مستقل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

**نتایج:** نتایج تحلیل واریانس نشان داد که طرحواره درمانی بر استرس ( $f=110/90$ ،  $p<0/001$ )، اضطراب ( $f=88/92$ ،  $p<0/001$ ) و افسردگی ( $f=32/29$ ،  $p<0/001$ ) اثربخش بوده است و همچنین طرحواره درمانی بر افزایش خودکارآمدی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس موثر بوده است ( $t=12/07$ ).

**بحث و نتیجه‌گیری:** با توجه به یافته مطالعه حاضر، درمانگران می‌توانند از طرحواره درمانی برای کاهش اضطراب، افسردگی، استرس و افزایش خودکارآمدی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس استفاده نمایند.

کلیدواژه‌ها

مولتیپل اسکلروزیس، طرحواره درمانی، استرس، اضطراب، افسردگی، خودکارآمدی.

نشانی پست الکترونیکی  
نویسنده مسئول

mmpasandideh@gmail

این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول می‌باشد.

## مقدمه

آسیب‌شناسی روانی است، زیرا ویژگی‌های اساسی آن می‌تواند منعکس‌کننده فرایندهای اصلی موجود در همه اختلال‌های هیجانی باشد [۱۷]. در مطالعه‌ای که از تجزیه و تحلیل داده‌های اضطراب بیماران مبتلا به MS به دست آمد، سطح بسیار بالایی از اضطراب، با نمره میانگین EMAS-S 35.25 نشان داده شد. [۱۸]

افسردگی به عنوان یکی دیگر از شایع‌ترین اختلالات ناتوان‌ساز و عودکننده [۱۲] تأثیرات متعددی بر ابعاد مختلف زندگی دارد. [۱۹] در بیشتر موارد، اضطراب با افسردگی در ارتباط است، بنابراین با شدت علائم بالاتر، ظرفیت عملکرد بدتر می‌شود [۲۰]. خطر ابتلا به افسردگی در جمعیت عمومی در جنسیت ۵۱٪ برای خانمها و ۳/۶٪ برای آقایان متفاوت است که بیشتر افراد جوان از ۱۸ تا ۴۵ سال را درگیر می‌کند. یک عامل برای افزایش خطر ابتلا به این آسیب، وجود یک بیماری مزمن است که درک مشکلات سلامتی را فراهم می‌کند [۲۱] و با تغییرات آشکار در کارکردهای عصبی-زیستی و بی‌علاقگی و فقدان احساس لذت مشخص می‌گردد. شیوع افسردگی در بین بیماران ام اس تا ۵۰٪ موارد، ۲-۳ برابر بیشتر از جمعیت عمومی است. [۲۲]

همچنین بیشتر انسانها، در طول عمر خود، در برخی مواقع در معرض ضربه یا حوادث استرس‌زای غیرمنتظره قرار دارند. این حوادث ممکن است منجر به ایجاد واکنش‌های روانپزشکی شود که می‌تواند بر چندین سیستم بدن از جمله عملکرد ایمنی بدن تأثیر بگذارد [۲۳] بر اساس پژوهش‌ها احتمالاً بین استرس و تشدید بیماری MS رابطه قوی وجود دارد و هرچند که سازوکارهای این رابطه کاملاً مشخص نشده است، به نظر می‌رسد کاهش و مهار استرس در این بیماری اهمیت زیادی داشته باشد [۲۴]. حدود یک چهارم بیماران مبتلا به ام اس از افسردگی و اضطراب شدید رنج می‌برند. [۲۵]

علاوه بر تجربه اضطراب، افسردگی و استرس یکی دیگر از متغیرهایی که در افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن و ناتوان‌کننده تحت تأثیر قرار می‌گیرد، کاهش خودکارآمدی است. خودکارآمدی اعتماد به نفسی است که تعیین می‌کند آیا فرد می‌تواند رفتارهای خاصی را انجام دهد یا برخی تغییرات را بوجود آورد. [۲۶] خودکارآمدی یک عامل عمده در تفکرات، احساسات و رفتارهای افراد در شرایط استرس‌آمیز می‌باشد و توانایی افراد برای مقابله موفقیت‌آمیز با موقعیت‌های چالش‌انگیز مختلف را افزایش می‌دهد. [۲۷] با توجه به ماهیت بیماری، سازگاری و

مولتیپل اسکلروزیس (MS) یک بیماری خودایمنی مزمن است که با ضایعات دیمیلینه و تخریب عصبها در سیستم عصبی مرکزی (CNS) مشخص می‌شود [۱] این بیماری ناهمگونی زیادی با توجه به تغییرات رادیولوژیکی و بافت‌شناسی، ظاهر و پیشرفت بالینی و همچنین پاسخ به درمان نشان می‌دهد [۳،۲]. بنابراین تعریف ویژگی‌های خاص بیماری که تشخیص و پیش‌آگهی را تسهیل می‌کند و ارزیابی پاسخ درمانی و خطر عوارض جانبی را ممکن می‌سازد بسیار مهم است. [۴، ۵] علت اصلی MS هنوز ناشناخته است. پزشکان ترکیبی از عوامل ژنتیکی و محیطی همانند عرض جغرافیایی، رنگ پوست، مصرف ویتامین D، مهاجرت، نوع تغذیه، مصرف دخانیات، قرار داشتن در معرض سموم شغلی، استرس [۶] نارسایی ایمنی، زمینه خانوادگی، عفونت‌های ویروسی و فشارهای روانی را در پیدایش آن موثر می‌دانند. [۸،۷] در میان تظاهرات بالینی این بیماری نشانه‌های روانپزشکی و شناختی بیش از سایر ناتوانی‌های همراه با این بیماری، جلب توجه می‌کند [۹] این بیماری باعث ایجاد علائم و اختلالات خلقی و روانی ناشی از مزمن بودن ماهیت بیماری و نداشتن پیش‌آگهی قطعی در بیمار می‌گردد، به گونه‌ای که مطالعات نشان داده‌اند بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس نسبت به افراد سالم دارای سطوح بسیار بالاتری از اختلالات روانی همچون افسردگی<sup>۱</sup>، استرس<sup>۲</sup> و اضطراب<sup>۳</sup> [۱۰] سرخوشی، اختلالات دو قطبی و روانپریشی هستند. [۱۱]

در اهمیت توجه به مسائل روانشناختی در MS می‌توان اینگونه استدلال کرد که در دوران بیماری، عوامل روانشناختی و علائم MS اغلب با یکدیگر در ارتباط هستند و بر پیشرفت و نتیجه بیماری تأثیر می‌گذارند. در نتیجه، همانگونه که عوامل روانشناختی می‌توانند علائم بیماری را کم کنند و بهبود بخشد. برعکس، عود علائم نیز می‌توانند، وضعیت روانی بیماران را تحت تأثیر قرار دهد. [۱۳] به عنوان مثال، علائمی همچون درد، خستگی، تغییرات هیجانی و اختلال شناختی با عوامل روانشناختی اضطراب و افسردگی و استرس در ارتباط هستند. [۱۴، ۱۳] بیماران مبتلا به ام اس از اضطراب و افسردگی بیشتری برخوردارند و این امر فرایند پردازش اطلاعات شناختی و هیجانی آنها را با مشکل مواجه می‌کند. [۱۵]

اضطراب به عنوان یک عامل ناتوان‌کننده MS، که نگرانی بیش از حد، مزمن و کنترل‌ناپذیر از ویژگی‌های اصلی این اختلال می‌باشد [۱۶] یکی از اختلال‌های اساسی در

3. Anxiety

1. Depression

2. Stress

های نا کار آمد اولیه را سازگار کنند. این رویکرد درمانی مدعی است به دلیل اینکه بر عمیق ترین سطح شناخت تاکید می کند و در پی آن است که هسته مرکزی مشکل را اصلاح نماید از میزان موفقیت بالای در درمان اختلالات مزمن برخوردار است. [۳۷].

پژوهش‌ها بر اثربخشی این روش بر بهبود مشکلات روانشناختی افراد تاکید کرده‌اند. طرحواره درمانی باعث کاهش نشانه افسردگی می‌شود و تاکید می کنند که در درمان افراد مبتلا به افسردگی و اضطراب باید بر طرحواره‌ها متمرکز شد. [۳۴]. در درمان مبتلایان به اختلالات افسردگی و اضطرابی با استفاده از طرحواره درمانی می توان به تجربیات آسیب زای دوران کودکی پرداخت که مهم ترین قدم در درمان این افراد است. [۳۸]. طرحواره درمانی و معنا درمانی هر دو به طور معنی داری باعث کاهش خودبیمارپنداری و اضطراب مرگ می شوند. [۳۷]. همچنین در پژوهشی هر دو روش طرحواره درمانی و افشای هیجانی در هر دو گروه آزمایش در کاهش نمرات افسردگی تغییر معناداری نشان داد، اما مقایسه میانگین‌ها نشان داد که به طور نسبی طرحواره درمانی عملکرد بهتری را نشان داده است [۳۹]. طرحواره درمانی باعث افزایش معنادار شادکامی و سلامت روانی گروه آزمایش در تحقیقات شده است؛ بنابراین درمانگران می توانند برای بهبود شادکامی و سلامت روانی بیماران مزمن از طرحواره درمانی استفاده کنند [۴۰]. طرحواره درمانی در مجموع در کاهش شدت افسردگی اثربخش است [۴۱]. و رابطه معناداری بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و علائم سه گانه جسمانی سازی، اضطراب و افسردگی وجود دارد [۴۲]. ترکیب طرحواره درمانی انفرادی و گروهی موجب بهبودی در علائم روان شناختی، کیفیت زندگی و شادکامی در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی شده است. [۴۳]. طرحواره درمانی در درمان بیماران مبتلا به افسردگی مزمن موثر بوده [۴۴] و طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌تواند باعث کاهش افسردگی شود. [۴۵]. همچنین محققین دریافتند هر دو روش طرحواره درمانی و رفتار درمانی شناختی روی افزایش خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به اضافه وزن و کاهش وزن در گروه آزمایشی تأثیر گذار بود؛ اما اثر طرحواره درمانی نسبت به شناخت رفتار درمانی روی خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن و کاهش وزن بیشتر بود. [۴۶].

بنابراین با توجه به شیوع بالای افسردگی، استرس و اضطراب بکارگیری تست های تشخیصی و درمان های روانی و اجتماعی غیر از درمان های دارویی متداول جهت کاهش علائم (مولتیپل اسکروزیس) امری ضروری

خودکارآمدی عواملی هستند که توانایی مدیریت بیماری را تحت تأثیر قرار می دهند. [۲۸] و نکته مهم این است که خودکار آمدی کاهش یافته می تواند بر سازگاری و توانایی فرد در غلبه بر بیماری تأثیر بگذارد [۲۹] افراد مبتلا به ام اس نمی‌توانند به راحتی فعالیت های روزمره خود را انجام دهند که به نوبه خود کاهش خودکارآمدی این افراد را در پی دارد. [۳۰] ابتلا به MS، در ۶۵ درصد افراد باعث کاهش خودکارآمدی می‌شود. همچنین خودکارآمدی پایین با نقص کنشوری شناختی در حوزه های توجه، زمان واکنش و حافظه همراه است. [۳۱]

شایان ذکر است از دیگر فشارهای روانی که به این بیماران وارد می‌شود، طولانی مدت بودن درمان و مراجعه همیشگی به مراکز بهداشتی درمانی، وقت گیر بودن، عوارض ناشی از درمان، از دست دادن شغل، ناتوانی نسبت به انجام فعالیت های روزانه به صورت متعارف، سوء تغذیه و مهمتر از همه این که مراکز بهداشتی درمانی فقط به درمان بالینی این بیماران توجه دارند؛ بنابراین اختلال عمده در سبک زندگی و شیوع بالای استرس و عوارض آن (اضطراب و افسردگی) و پایین آمدن خودکارآمدی در این گروه از بیماران دور از انتظار نیست و تجربه مداوم این فشارها می تواند باعث تشدید بیماری و یا سبب عود حملات شود [۳۲]. از این رو شناسایی انواع شیوه های درمانی روانشناختی موثر در کنار درمان های فیزیکی و دارویی از اهمیت ویژه ای برخوردار است.

یکی از روش‌های درمانی که می‌توان به آن اشاره نمود و برای بیماران مبتلا به MS مورد استفاده قرار داد، طرحواره درمانی است که توسط یانگ و همکارانش به وجود آمده و درمانی نوین و یکپارچه است که عمدتاً بر اساس بسط و گسترش مفاهیم و روش های درمان شناختی- رفتاری کلاسیک بنا شده است. [۳۳]. در طرحواره درمانی، بر الگوهای خود-ویرانگرتفکر، احساس و رفتاری که از دوران کودکی فرد ریشه گرفته اند و در سراسر طول زندگی فرد تکرار میشوند، تمرکز می‌شود. [۳۴] در نگاه طرحواره محور این فرض مطرح است که برخی از طرحواره ها که ماهیت ناسازگارانه دارند و در دوران اولیه زندگی در نتیجه تجارب ناخوشایند و نامطلوب کودکی شکل گرفته اند [۳۵]. طرحواره درمانی بر کشف ریشه های مشکلات روانی دوران کودکی و ارتباط آنها با مشکلات جاری از طریق کار بر ذهنیت طرحواره‌ها و باز والدینی حد و مرزدارا<sup>۱</sup> تاکید دارد [۳۶] درمانگر از طریق باز سازی روابط والدینی به صورت محدود بیماران را آماده می سازد تا نیازهای بر آورده نشده دوران کودکی را بروز دهند و از این طریق، طرحواره

<sup>1</sup> Limited reparenting

اس با ارائه آموزش‌هایی جهت مدیریت استرس و افزایش خودکارآمدی همچنین مداخلات روان‌شناختی پیشنهادی می‌تواند کارساز باشد و مانع از عود حملات و سبب کاهش علائم گردد با توجه به شدت مشکلات جسمانی و روانشناختی این گروه از بیماری‌های مزمن و نیز تاثیر ابعاد روانشناختی چون اضطراب و افسردگی بر پیش‌روی، یا کنترل علائم بیماری و نیز توجه بشر به انواع روش‌های درمانی کم‌خطر و غیرفیزیکی این پژوهش به دنبال بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر کاهش اضطراب، افسردگی، استرس و افزایش خودکارآمدی بیماران در گروه آزمایش برآمد.

## روش

### نوع پژوهش

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است. در این پژوهش طرحواره درمانی به عنوان متغیر مستقل و استرس، افسردگی، اضطراب و خودکارآمدی به عنوان متغیرهای وابسته در نظر گرفته شد.

### آزمودنی‌ها

الف) جامعه آماری: جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه افراد مبتلا به بیماری MS و عضو انجمن حمایت از بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس شهر تهران بود. ب) نمونه پژوهش: جهت انتخاب حجم نمونه تحقیق که بایستی در تحقیقات نیمه آزمایشی حداقل حجم نمونه ۱۲ نفر باشد با در نظر گرفتن احتمال ریزش آزمودنی‌ها در هر گروه برای هر گروه تعداد ۱۵ نفر برآورد شد. برای تشکیل گروه آزمایش و کنترل با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند<sup>۱</sup>، از افراد حاضر در انجمن MS انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. گروه آزمایش در ۱۲ جلسه دو ساعته تحت مداخله طرحواره درمانی قرار گرفت و گروه کنترل نیز به تنهایی حضور در گروه را بدون دریافت هیچگونه مداخله درمانی تجربه کرد.

### معیارهای ورود و خروج آزمودنی‌ها

معیارهای ورود به پژوهش شامل قرار داشتن در دامنه سنی ۲۰ تا ۵۰ سال، توانایی خواندن و نوشتن، شرکت در جلسات آموزشی (گروه آزمایش) و همچنین عدم ابتلا به اختلالات حاد روانشناختی و یا بیماری‌های مزمن و معیارهای خروج از پژوهش شامل شرکت داشتن همزمان در سایر جلسات مشاوره‌ای، غیبت دو جلسه یا بیشتر از

می‌باشد [۴۷]. چرا که درمان‌های دارویی متداول در تمام بیماران مولتیپل اسکلروزیس مؤثر نیست و از طرفی داروها دارای عوارض زیادی هستند مانند خستگی و عدم تعادلات روحی روانی که برای برطرف کردن این عوارض هیچ درمان شناخته شده‌ای که کاملاً مؤثر باشد وجود ندارد؛ از اینرو در درمان بیماران مبتلا به ام اس گاه لازم است به کمک درمان‌های روانشناختی به آنها کمک کنیم تا بپذیرند که توانایی تغییر دادن افق دید خود را دارند و می‌توانند از بقیه توانایی‌های خویش لذت ببرند. با توجه به مطالب ارائه شده و وجود شواهد پژوهشی مبنی بر نقش گسترده بیماری مولتیپل اسکلروزیس بر ابعاد جسمی و روانشناختی افراد مبتلا، متخصصان به دنبال شیوه‌های درمانی کامل‌تری هستند که علاوه بر درمان فیزیکی مشکلات روانشناختی از جمله استرس، افسردگی آن‌ها را کاهش و امیدواری و باور به توانایی را در آنان افزایش دهد. امروزه درمان‌های روانشناختی متعددی وجود دارد که جهت کاهش علائم روانشناختی بیماران مزمن استفاده می‌شود و پیدا کردن مؤثرترین شیوه از دغدغه‌های امروز دست‌اندرکاران این حوزه می‌باشد و از آنجا که بیماری مولتیپل اسکلروزیس غیرقابل پیش‌بینی و یکی از مهمترین بیماری‌های تغییردهنده زندگی فرد است و بتدریج او را به سمت ناتوانی پیش می‌برد و داروهای تعدیل‌کننده سیستم ایمنی و استروئید درمانی در کاهش بعضی از علائم مولتیپل اسکلروزیس مؤثر هستند و به طور گسترده‌ای در مبتلایان استفاده میشوند ولی این داروها نمی‌توانند سیر پیشرونده بیماری را متوقف و یا برعکس کنند، همچنین این داروها دارای عوارض جانبی متعددی مانند افزایش اسپاسیتی، تهوع، افسردگی، دردهای عصبی، تب، سردرد و ... می‌باشند در سال‌های اخیر انواع مداخلات روان‌شناختی درمان‌های مکمل جامع‌نگر هستند که برای بیماری‌های مزمن جسمی مورد استفاده قرار می‌گیرند. این روش‌ها با تمرکز بر تعاملات اجتماعی افراد باعث می‌گردند افراد از چگونگی برخورد خود در اجتماع آگاهی یابند و از حمایت‌های اجتماعی بهره‌برده و تجربه‌های جدید کسب نمایند در نتیجه در ارتباطات خود با دیگران موفق‌تر عمل کنند. این مداخلات با آموزش‌هایی در زمینه رفع مشکلات روان‌شناختی پرداخته و سبب می‌گردد که بیمار در رابطه با استرس، اضطراب و افسردگی خود بینش کسب کرده و با آگاهی در شناخت باورهای غلط خود بر این مشکلات فائق آمده و در نتیجه خودکارآمدی خود در زندگی شخصی و اجتماعی را افزایش دهد. در طرح حاضر، طرحواره درمانی برای مقابله با واکنش‌های روانی و جسمی ناشی از بیماری ام

1. Targeted Sampling

جلسات آموزشی، عدم تمایل به شرکت در جلسات بود.

## ابزار پژوهش

**پرسشنامه (DASS-21):** به منظور سنجش استرس، اضطراب و افسردگی آزمودنی ها از پرسشنامه استاندارد شده (DASS-21) استفاده شد. این مقیاس دارای دو فرم مختلف می باشد. فرم کوتاه شده ی آن شامل ۲۱ سوال است که هر هفت سوال یک عامل و یا سازه ی روانی را اندازه گیری می کنند [۴۸]. سوالات این مقیاس به صورت مدرج چهار درجه ای (کاملاً شبیه من است=۳، شبیه من=۲، متفاوت از من=۱، و کاملاً متفاوت از من=۰) می باشد. آنتونی و همکاران (۱۹۹۸) نیز مقیاس DASS را مورد تحلیل عاملی قرار دادند، که نتایج این تحقیق سوال حاکی از وجود سه عامل روانی افسردگی، اضطراب و استرس است. [۴۹]. نتایج این مطالعه نشان داد که ۶۸ درصد از واریانس کل مقیاس توسط این سه عامل مورد سنجش قرار می گیرد. ارزش ویژه ی عوامل فشار روانی، افسردگی و اضطراب در پژوهش مذکور به ترتیب برابر با ۹/۰۷، ۲/۸۹ و ۱/۲۳ و ضریب آلفا برای این عوامل به ترتیب ۰/۹۷، ۰/۹۲ و ۰/۹۵ بود. همچنین نتایج محاسبه همبستگی میان عوامل در مطالعه آنتونی و همکاران (۱۹۹۸) حاکی از ضریب همبستگی ۰/۴۸ میان دو عامل افسردگی و استرس، ضریب همبستگی ۰/۵۳ میان اضطراب و فشار روانی و ضریب همبستگی ۰/۲۸ میان اضطراب و افسردگی بود. در ایران پایایی این ابزار در یک نمونه از جمعیت عمومی شهر مشهد (۴۰۰ نفر) برای میزان افسردگی ۰/۷، اضطراب ۰/۶۶ و استرس ۰/۷۶ گزارش شده است [۵۰]. روایی و پایایی این ابزار توسط رضایی ادریانی، آزادی، احمدی و عظیمی (۲۰۰۷) در ایران در مطالعات مختلف آزمون شده و مورد تایید قرار گرفته است. [۵۱].

## پرسشنامه خودکارآمدی عمومی GSE-10:

پرسشنامه استاندارد خودکارآمدی عمومی استفاده شد. این مقیاس، ۱۰ گویه دارد و در دهه ۱۹۷۹ توسط شوارزر و جریوسلم ساخته شد. [۵۲]. این مقیاس دارای ۲۰ گویه با دو خرده مقیاس جداگانه خودکارآمدی عمومی و خودکارآمدی اجتماعی بود که در سال ۱۹۸۱ به یک مقیاس ۱۰ گویه ای کاهش یافت و تاکنون به ۲۸ زبان دیگر برگردانده شده است. در واقع، GSE-10 برای پیش بینی سازگاری بعد از تغییرات زندگی یا به عنوان شاخصی از کیفیت زندگی در هر مرحله رشدی برای فعالیتهای بالینی و تغییر رفتار مورد استفاده قرار می گیرد. این پرسشنامه در ۲۳ کشور مورد استفاده قرار گرفته و ضریب آلفای کرونباخ آن ۸۳٪ می باشد. این مقیاس توسط نظامی و همکاران در سال ۱۹۹۶ به فارسی ترجمه شده و در ایران

نیز در مطالعات مختلفی هنجار یابی و اعتبار سنجی شده است. رجیبی (۲۰۰۶) ضریب آلفای کرونباخ آن را برای کل دانشجویان ۰/۸۲ و گنجی و فراهانی (۲۰۰۹) این ضریب را ۰/۸۱ بدست آوردند. [۵۳] این مقیاس شامل ۱۰ سوال است که پاسخ های آن به صورت گزینه های اصلا صحیح نیست تا کاملاً صحیح است و با امتیاز یک تا چهار درجه بندی شده است که کمینه و بیشینه نمره آن باشد ۱۰ و ۴۰ می باشد. نمرات بین ۱۰ تا ۲۰ به عنوان خودکارآمدی پایین، نمرات بین ۲۱ تا ۳۰ به عنوان خودکارآمدی متوسط و نمرات بالاتر از ۳۰ به عنوان خودکارآمدی بالا در گرفته شده است (شوآرتزر، ۲۰۰۰، به نقل از معینی، ۲۰۰۷). در پژوهش حاضر، پایایی پرسشنامه خودکارآمدی با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۸ بدست آمد و روایی از طریق همبستگی هر سؤال با نمره ی کل بین ۰/۴۷ تا ۰/۷۶ به دست آمد که در سطح  $p < 0.01$  معنی دار می باشد.

**شیوه تحلیل داده ها:** داده های حاصل از اجرای ابزارهای اندازه گیری توسط نرم افزار SPSS-22 و به روش آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (آزمون تحلیل کواریانس و آزمون لون و آزمون t مستقل) تجزیه و تحلیل شدند. سطح معنا داری در پژوهش حاضر ۰/۰۰۱ در نظر گرفته شد.

**محرمانه ماندن اطلاعات:** در هنگام ارائه پرسشنامه ها به گروه آزمایش و کنترل، درباره رازداری نسبت به اطلاعات شخصی و عدم هر گونه سوء استفاده از این اطلاعات، با آنها صحبت شد. همچنین در جلسه اول آموزش نیز، درباره رازداری و ایجاد اعتماد در گروه برای برقرار کردن ارتباط بهتر بایکدیگر، صحبت شد.

## یافته ها

جدول ۱. اطلاعات جمعیت شناختی شرکت کنندگان آماره های

توصیفی مربوط به سن				
گروه ها	میانگین	انحراف معیار	کمینه	بیشینه
طرحواره درمانی	۳۲/۳۳	۳/۸۲	۲۶	۴۰
کنترل	۳۱/۴۶	۴/۴۲	۲۶	۴۰

فراوانی شرکت کنندگان بر اساس سطح تحصیلات

تحصیلات	طرحواره درمانی	گروه کنترل	جمع
زیر دیپلم - دیپلم	۴	۲	۶
کاردانی	۷	۷	۱۴
کارشناسی	۲	۵	۷
کارشناسی ارشد و بالاتر	۲	۱	۳
جمع	۱۵	۱۵	۳۰

## فراوانی شرکت کنندگان برحسب مدت زمان ابتلا به بیماری MS

جمع	کنترل	طرحواره درمانی	مدت ابتلا
۴	۱	۳	یک سال
۱۳	۵	۸	دو سال
۱۱	۷	۴	سه سال
۲	۲	-	چهار سال یا بیشتر
۳۰	۱۵	۱۵	جمع

## فراوانی شرکت کنندگان براساس وضعیت تاهل

جمع	کنترل	طرحواره درمانی	وضعیت تاهل
۷	۳	۴	مجرد
۲۰	۱۰	۱۰	متاهل
۳	۲	۱	مطلقه
۳۰	۱۵	۱۵	جمع

پیش‌آزمون و پس‌آزمون جهت ملاحظه ارائه شده است.

در جدول شماره ۲ نتایج آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار در گروه آزمایش و کنترل در دو مرحله

جدول ۲. آمار توصیفی متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

مرحله	متغیر	اضطراب		افسردگی		استرس		خودکارآمدی	
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
میانگین		۱۴/۹۳	۱۳/۱۳	۱۵/۲۰	۱۲/۸۶	۱۶/۱۳	۱۳/۳۳	۲۳	۲۸/۶۰
انحراف معیار		۱/۷۰	۱/۳۵	۱/۸۲	۱/۱۸	۱/۹۵	۱/۸۳	۱/۳۰	۰/۵۰
کنترل									
مرحله	متغیر	اضطراب		افسردگی		استرس		خودکارآمدی	
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
میانگین		۱۴/۴۰	۱۳/۸۶	۱۵/۱۳	۱۴/۶۰	۱۶/۴۰	۱۶/۲۰	۲۲/۴۰	۲۲/۶۰
انحراف معیار		۱/۸۴	۱/۷۶	۱/۶۵	۱/۸۴	۱/۵۴	۱/۳۷	۱/۴۵	۱/۱۲

پیش فرض تساوی واریانس‌های متغیرهای استرس، اضطراب، افسردگی و خودکارآمدی از آزمون لون استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

جهت بررسی اثربخشی طرحواره درمانی در کاهش شدت علائم استرس، اضطراب و افسردگی و بهبود خودکارآمدی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس از تحلیل کوواریانس استفاده شد. این آزمون پیش از اجرا دارای مفروضه‌هایی است. نتایج نشان داد که ماتریس واریانس-کوواریانس‌ها همگن هستند ( $P > 0/128$ )،  $F(۱۱/۲۳۳) = ۵۶۸۰/۳۰۲$ . سپس جهت بررسی

جدول ۳. نتایج آزمون لون جهت بررسی مفروضه همگنی واریانس خطا

شاخص	Df1	Df2	F	Sig
استرس	۲/۵۹۶	۱	۲۸	۰/۱۱۸
اضطراب	۰/۰۰۶	۱	۲۸	۰/۹۴۰
افسردگی	۱/۷۴۶	۱	۲۸	۰/۱۹۷
خودکارآمدی	۰/۰۴۸	۱	۲۸	۰/۸۲۷

این فرض نیز مطرح است که خطوط رگرسیون برای هر گروه در پژوهش باید یکسان باشند. اگر خطوط رگرسیون ناهمگن باشند، آنگاه کوواریانس تحلیل مناسبی برای داده‌ها نخواهد بود. در این راستا نتایج مربوط به آن در جدول ۳ ارائه گردیده است.

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که واریانس‌های دو گروه در متغیرهای استرس، اضطراب، افسردگی و خودکارآمدی در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری با یکدیگر ندارند لذا پیش فرض همسانی واریانس‌ها برای این سه بعد برقرار می‌باشد. در حالی که این فرض وجود دارد که در تحلیل کوواریانس رابطه متغیر وابسته و کمکی باید خطی باشد

جدول ۴. نتایج آزمون همگنی رگرسیون در گروه ها

متغیر	منبع تغییر	مجموع مجذور	Df	میانگین مجذور	F	سطح معنی داری
استرس	تعامل گروه و پیش‌آزمون	۶۳/۹۰	۲	۳۱/۹۵	۷۹/۵۰	۰/۰۰۱
اضطراب	تعامل گروه و پیش‌آزمون	۵۹/۸۶	۲	۲۹/۹۳	۹۲/۴۵	۰/۰۰۱
افسردگی	تعامل گروه و پیش‌آزمون	۵۴/۴۸	۲	۲۷/۲۴	۶۱/۴۴	۰/۰۰۱
خودکارآمدی	تعامل گروه و پیش‌آزمون	۲۶۸/۴۰	۲	۱۳۴/۲۰	۱۵۸/۹۵	۰/۰۰۱

با توجه به نتایج جدول ۴ آزمون همگنی رگرسیون چون F محاسبه شده برای تعامل گروه ها و پیش‌آزمون در سطح کمتر از ۰/۰۵ معنادار می‌باشد، لذا داده ها از فرض همگنی رگرسیون پشتیبانی نمی‌کنند. از این رو جهت

بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر استرس، اضطراب و افسردگی آزمودنی های گروه آزمایش از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری جهت مقایسه نمرات اختلافی دو گروه استفاده شد.

جدول ۵. نتایج آزمون های چند متغیری در شاخص های استرس، اضطراب و افسردگی

آزمون	ارزش	Df	سطح معنی داری
اثر پیلاپی	۰/۸۴۸	۳	۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۱۵۲	۳	۰/۰۰۱
اثر هاتلینگ	۵/۵۸۴	۳	۰/۰۰۱
بزرگترین ریشه روی	۵/۵۸۴	۳	۰/۰۰۱

یافته‌های ارائه شده در جدول ۵ نشان می‌دهد که در نمرات اختلافی (پس‌آزمون-پیش‌آزمون) بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. در ادامه به منظور بررسی

نقش طرحواره درمانی بر شاخص‌های استرس، اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به MS از آزمون تحلیل واریانس استفاده گردید که نتایج مربوط به آن در جدول ۶ آمده است.

جدول ۶. نتایج تحلیل واریانس نمرات اختلافی برای متغیرهای پژوهش

متغیر وابسته	مجموع مجذور	Df	میانگین مجذور	F	سطح معنی داری	n۲
استرس	۵۰/۷۰	۱	۵۰/۷۰	۱۱۰/۹۰	۰/۰۰۱	۰/۷۹۸
اضطراب	۳۸/۵۳	۱	۳۸/۵۳	۸۸/۹۲	۰/۰۰۱	۰/۷۶۱
افسردگی	۲۴/۳۰	۱	۲۴/۳۰	۳۲/۲۹	۰/۰۰۱	۰/۵۳۶

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که بین گروه طرحواره درمانی و گروه کنترل در زمینه متغیرهای استرس، اضطراب و افسردگی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. براین اساس اثربخشی طرحواره درمانی بر کاهش استرس، اضطراب و افسردگی تایید می‌شود. هم‌چنین جهت بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر افزایش خودکارآمدی بیماران مبتلا به

مولتیپل اسکروزیس از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده شد. در ادامه به منظور بررسی نقش طرحواره درمانی بر شاخص خودکارآمدی بیماران مبتلا به MS از آزمون t مستقل برای نمرات اختلافی استفاده گردید که نتایج مربوط به آن در جدول ۷ آمده است.

جدول ۷. نتایج آزمون t مستقل جهت مقایسه نمرات اختلافی (پس‌آزمون - پیش‌آزمون) دو گروه

متغیر	اختلاف میانگین ها	T	Df	سطح معنی داری
خودکارآمدی	۵/۴۰	۱۲/۰۷	۲۸	۰/۰۰۱



عود بیماری و در نهایت کیفیت زندگی بیماران تاثیر گذار باشد. لذا شناسایی عوامل استرس‌زا و ارائه آموزش‌های لازم جهت ارتقاء کیفیت زندگی ضروری به نظر می‌رسد. [۵۴]. همچنین بررسی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در بیماران افسرده نشان داد که طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه می‌تواند باعث افسردگی شود و لذا می‌توان برای کاهش افسردگی از طرح‌واره درمانی بهره گرفت. [۴۵] و درمان گروهی طرح‌واره‌های هیجانی بر میزان بهزیستی ذهنی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکیزوفرنی اثر معنا داری داشته و موجب افزایش بهزیستی ذهنی آنها می‌گردد. [۵۵]

از اینرو روش‌هایی که مبتنی بر تجربه آزمون پذیری باشند می‌توانند در درمان بیماریهای جسمانی نا علاج از جمله ام اس در قالب آزمایشات کنترل شده به کار گرفته شوند تا درمانی تدوین گردد که اثر بخش بودن یا اثر بخش نبودن آنها مورد بررسی قرار گیرد.

طرح‌واره درمانی یک سیستم جدید روان‌درمانی را بنا می‌نهد. این درمان به ویژه، برای بیمارانی مناسب است که به اختلال‌های روانی دیرپا و گسترده‌ای مبتلا و نسبت به درمان‌های روان‌شناختی مقاوم هستند [۳۲]. طبق اصول این فن‌درمانی، باورهای غیرمنطقی ریشه در طرح‌واره‌های ناسازگار دارند [۵۶، ۵۷]. با فعال شدن این طرح‌واره‌ها که دارای مؤلفه‌های شناختی، عاطفی و رفتاری هستند سطوحی از هیجان منتشر می‌گردد که مستقیم یا غیرمستقیم منجر به آشفتگی‌های روان‌شناختی می‌شوند [۳۴] آشفتگیهای فکری و شناختی ناکارآمد، از ویژگیهای اختلال‌های استرس، اضطراب و افسردگی هستند. از آنجا که تأکید تکنیکهای طرح‌واره درمانی بر روی هیجانات است، لذا به نظر میرسد این تکنیکها با آگاه‌سازی و دستیابی به پذیرش هیجانات توسط فرد توانسته اند به کاهش اختلال‌های استرس، اضطراب و افسردگی کمک کنند. در واقع استفاده از تکنیک‌های طرح‌واره درمانی به بیماران مولتیپل اسکیزوفرنی کمک نمود تا با سازماندهی مجدد هیجانی، بررسی خود یادگیریهای جدید، تنظیم عاطفه بین فردی و نیز خود آرامش دهی زمینه برای بهبود طرح‌واره‌های آسیب دیده فراهم شود [۳۸]. براساس دیدگاه یانگ طرح‌واره درمانی کمک به ارضای هیجانات ارضاء نشده بیمار است. زمانی که در طی فرآیند درمان این نیازهای هیجانی تا حدودی ارضاء میشوند، زمینه را برای بهبود طرح‌واره‌ها فراهم می‌سازند چرا که طرح‌واره‌های ناسازگار اساساً به خاطر عدم ارضاء نیازهای هیجانی ایجاد می‌گردند. [۳۴]

بنظر می‌رسد بیماران حاضر در جلسات طرح‌واره درمانی پژوهش توانستند با استفاده از تکنیکهای طرح‌واره درمانی به فرضیه آزمایشی طرح‌واره‌های خود بپردازند و با برانگیخته شدن طرح‌واره‌ها و ارتباط آن با مسائل کنونی زندگی‌شان، زمینه

نتایج جدول ۷ نشان داد که بین دو گروه طرح‌واره درمانی و گروه کنترل در میزان خودکارآمدی تفاوت معنی داری وجود دارد و براین اساس اثربخشی طرح‌واره درمانی بر افزایش خودکارآمدی گروه بیماران مبتلا به مولتیپل اسکیزوفرنی تایید می‌شود.

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی طرح‌واره درمانی بر کاهش استرس، اضطراب و افسردگی و بهبود خودکارآمدی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکیزوفرنی بود. بر اساس این نتیجه از پژوهش حاضر طرح‌واره درمانی می‌تواند منجر به کاهش استرس، اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکیزوفرنی شود که با نتایج مطالعات ثاث و همکاران (۲۰۱۰)، تیتو و همکاران (۲۰۱۵)، قربان علی‌پور و همکاران (۲۰۱۷)، پیامنی، میری و جهانی (۲۰۱۰)، شهاب، احدی، جمهری و همکاران (۲۰۲۰)، طوسی راد و رضوی نعمت‌اللهی (۲۰۱۶)، خوشنود و همکاران (۲۰۱۵)، احمدی و کرمی‌نیا (۲۰۱۱)، شهامت (۲۰۱۰)، دیکات و آرتنز (۲۰۱۴)، مالوگینیس و همکاران (۲۰۱۴) و رینر و همکاران (۲۰۱۲) همخوان است. اگرچه علت دقیق ام اس هنوز ناشناخته است پزشکان اثرات طولانی مدت و علائم ام اس را درک می‌کنند. بر اساس تحقیقاتی که در سر تا سر دنیا انجام گردیده است مالتیپل اسکیزوفرنی (ام اس) یک بیماری مخرب پیشرونده و التهابی است که باعث ایجاد مشکلاتی در سراسر بدن می‌شود با وجود اینکه تحقیقات زیادی در زمینه ابتلا به بیماری، سطوح ناتوانی و چالش برانگیز بودن عوامل روانشناختی و رنج بیماری در افراد انجام گرفته است و تحقیقات نشان داده اند شرایط مزمن و حاد بیماری بر روی سیستم‌های عصبی و روانی، فعالیت‌های روزانه، شدت علائم و ویژگیهای شخصیتی و استفاده از مکانیزمهای رفتاری، روانی و کنترل تکانه‌ها میتواند در سیر و بهبود بیماری نقش مهمی داشته باشد. یادآور می‌گردد. شناخت‌های هر فرد نقش محوری در تبیین سلامت و بیماری ایفا می‌کنند و بر رفتارهای آتی به خصوص رفتارهای در ارتباط با سلامت اثرگذار هستند. باورهای بیمار می‌تواند به طور معنی داری مستقل از عوامل فیزیولوژیک پیامد بیماری را تحت تاثیر قرار دهد. یک برنامه درمان با دقت طراحی شده شامل درمان دارویی و درمان‌های روانشناختی در کنار یکدیگر می‌تواند به مدیریت ام اس کمک کنند.

در تحقیقی که جهت بررسی روش‌های سازگاری با استرس در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکیزوفرنی مراجعه کننده به انجمن ام اس ایران انجام شد، نشان داد واحدهای مورد پژوهش در زمینه روش‌های سازگاری با استرس در وضعیت نامطلوب قرار داشتند و استرس می‌تواند بر شدت و

در تبیین اثربخشی طرحواره درمانی بر افزایش خودکارآمدی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس می‌توان گفت بنظر می‌رسد این بیماران به علت محدودیت‌های ناشی از بیماری خود، دچار خودارزشیابی منفی بودند که وجود برداشت منفی از خود می‌تواند مهمترین عامل کاهش سطح خودکارآمدی باشد. در پژوهشی با بررسی ۳۳ بیمار مبتلا به ام اس نشان داده شد که ابتلا به ام اس، در ۶۵ درصد افراد باعث کاهش خودکارآمدی می‌شود. [۳۱].

در این راستا با استفاده از تکنیکهای طرحواره درمانی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس توانستند به خوش بینی و مثبت نگری، احساس مسولیت و مسولیت پذیری، کنترل تکانه‌ها و هیجانها، روابط بین فردی مثبت و در نهایت مقابله با خودارزشیابی منفی دست یابند که همگی در مجموع منجر به افزایش احساس خودکارآمدی این بیماران گردید. بنظر می‌رسد استفاده از تکنیکهای طرحواره درمانی در بیماران با تقویت باورهای کارآمد و تصحیح باورهای ناکارآمد آنها توانست در ارتقا خودکارآمدیشان موثر واقع شود. در تکنیکهای طرحواره درمانی به بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس کمک شد با استفاده از شناسایی انواع گوناگون هیجانها و نامگذاری آنها، بهنجارسازی تجارب هیجانی دشوار و درناک، شناسایی باورهای ناکارآمد که منجر به خودارزشیابی منفی بیمار از خود می‌گردید، گردآوری اطلاعات با استفاده از تکنیک‌های تجربی، ایجاد راهبردها و باورهای جدید انعطاف پذیرتر و سازگارانه‌تر به ارتقا خودکارآمدی این بیماران کمک شود. در این درمان تلاش شد هیجان‌های ناخوشایند بیمار در خصوص خودارزشیابی منفی خود، معنی و مفهوم یابد، هیجان در بافتار یک زندگی معنادار و ارزش‌هایی قرار گیرد که شایسته زندگی علی‌رغم وضعیت دشوار بیماری مولتیپل اسکلروزیس باشد. در نهایت می‌توان گفت استفاده از تکنیک‌های طرحواره درمانی منجر به تغییر باورهای هیجانی و نحوه رفتار با هیجانها در بیماران حاضر در جلسات طرحواره درمانی شد که خود عاملی موثر در افزایش خودکارآمدی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس بنظر می‌رسد.

### محدودیت‌های پژوهش

خودگزارشی بودن آزمون‌های مورد استفاده و امکان وانمودسازی به عنوان محدودیت پژوهش حاضر محسوب می‌شود. به عبارت دیگر، افراد در تکمیل کردن این ابزارها ممکن است مسئولانه به گویه‌ها پاسخ ندهند که خارج از کنترل پژوهشگر بوده است. از محدودیت‌های دیگر پژوهش این نکته بود که کنترل تمامی متغیرهای مزاحمی که در طول دوره آزمایش بر روی گروه آزمایش و کنترل تاثیرگذار بوده است، برای پژوهشگر ممکن نبود. عدم امکان کنترل

برای بینش هیجانی و متعاقب آن بهبود طرحواره‌هایشان فراهم شود. همچنین بنظر می‌رسد با استفاده از تکنیک تصویرسازی ذهنی در این پژوهش بیماران در شناخت طرحواره‌های اصلی، درک ریشه‌های تحولی آن و مرتبط ساختن این ریشه‌ها به زندگی فعلی شان توانستند موفق عمل کنند. علاوه بر این استفاده از این تکنیک موجب ارتقاء درک بیماران و کمک در جهت حرکت از شناخت عقلانی به سمت تجربه کردن هیجانی گردید [۵۶، ۵۷، ۴۴]. در این پژوهش استفاده از تکنیک گفتگوی خیالی، با فراهم ساختن امکان بروز هیجان‌های اصلی مثل خشم، زمینه را برای تخلیه هیجانی بیماران آماده ساخت و باعث فاصله گرفتن از طرحواره‌های آسیب‌رسان گردید. تصویرسازی ذهنی به منظور الگوکنی نیز باعث فاصله گرفتن از سبکهای مقابله‌ای اجتناب و جبران افراطی گردید و از سویی با استفاده از تکنیک نوشتن نامه بیماران فرصتی برای بیان حقوقشان و شناخت احساساتشان پیدا کردند. از آنجا که باز آفرینی طرحواره‌های ناسازگار اولیه و سبکهای مقابله‌ای ناسازگار مشکلات این افراد را تشدید می‌کند و سرانجام باعث به خطر افتادن سلامت روانی شان می‌شود که خود را به صورت نشانگان استرس، اضطراب و افسردگی نشان می‌دهد بنابراین طرحواره درمانی برای آنها می‌تواند مفید واقع شود. در طرحواره درمانی، افراد از طریق تکنیکهای مختلف و به چالش کشیدن طرحواره‌ها (شواهد تاییدکننده و ردکننده) می‌فهمند که طرحواره نادرستی دارند و نباید به آنها به عنوان حقایق مطلق بنگرند، بلکه باید آنها را به صورت فرضیه‌هایی در نظر بگیرند که باید آزمون شوند. [۵۸]

شایان ذکر است در حالی که ابتلا به بیماری ام اس آینده‌چندان خوبی را برای فرد نمایان نمی‌سازد و سیر پیشرونده بیماری هر روز بر نگرانی‌های او برای آینده می‌افزاید. از این رو همیشه استرس و اضطراب بر زندگی بیمار سایه می‌افکند و این مسئله زمینه افسردگی را در فرد افزایش می‌دهد [۵۹]. نتایج پژوهشها نشان داد که روش طرحواره درمانی در پس آزمون و پیگیری باعث کاهش معنادار اضطراب و افسردگی شده است. لذا میتوان گفت که طرحواره درمانی به عنوان یک روش موثر در درمان اضطراب و افسردگی قابلیت کاربرد در مراکز درمانی دارد؛ بنابراین مشاوران، روانشناسان بالینی و درمانگران میتوانند برای کاهش اضطراب و افسردگی از روش طرحواره درمانی استفاده کنند. [۶۰].

همچنین، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که طرحواره درمانی می‌تواند بر افزایش خودکارآمدی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس موثر باشد. این نتیجه از پژوهش حاضر با نتایج مطالعات مراد حاصلی، شمس اسفند آباد و کاکاوند (۲۰۱۵)، خوشنود و همکاران (۲۰۱۵) جانگن و سنز، ژیل و همکاران (۲۰۱۵)، و دیکات و آرنتز (۲۰۱۴) همسو است.

fa.html

7. solaro C, Cella M, Signori A, Martinelli V, Radaelli M, Centonze D, et al. Neuropathic Pain Special Interest Group of the Italian Neurological Society. Identifying neuropathic pain in patients with multiple sclerosis: a cross-sectional multicenter study using highly specific criteria. *Journal of Neurology*.2018; 265: 828–835.
8. Fiest K, Fisk J, Patten S, Tremlett H, Wolfson C, Warren S, McKay K, Berrigan L, Marrie RA. Fatigue and comorbidities in multiple sclerosis. *IJMSc* 2016; 18(2): 96-104
9. Cortez VR, Duriez-Sotelo E, Carrillo-Mora P, Pérez-Zuno JA. Correlación entre las lesiones desmielinizantes y el deterioro de las funciones ejecutivas en una muestra de pacientes mexicanos con esclerosis múltiple. *Neurología*. 2012 .28:394-399.
10. Mc Cabe, M.P. Mood and self-esteem of persons with multiple sclerosis following an exacerbation. *Journal of Psychosomatic Research*, 2005. 59: 161-166.
11. Bashi Abdolabadi H, Pilevar s, Saremi A A. "The effect of cognitive rehabilitation on cognitive functions, memory, depression and anxiety in patients with multiple sclerosis. *Journal of Shefaye Khatam*, 2016; 4( 3):28-40
12. Weersing, V R, Shamseddeen W, Garber J, Hollon S D, Clarke G N, Beardslee W R, et al. Prevention of depression in at-risk adolescents: Predictors and moderators of acute effects. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*.2016; 55: 219-226.
13. Osborne TL, Jensen MP, Ehde DM, Hanley pain intensity, pain-related interference, and psychological functioning in persons with multiple sclerosis and pain. *Pain*; 2007;127(1-2):52-62.
14. Denison L, Moss-Morris R, & Chalder T. A review of psychological correlates of adjustment in patients with multiple sclerosis. *Journal of Clinical Psychology Review*, 2009; 29(2):141-153.
15. Hughes AJ, Beier M, Hartoonian N, , Turner Ap, Amtmann D, and Ehde DM. Self-Efficacy as a Longitudinal Predictor of Perceived Cognitive Impairment in Individuals with Multiple Sclerosis. *Arch Phys Med Rehabil*.2015; 96(5):913-919.
16. Kalantarei Hormozi A, Bijani J and Hosseini Nejad N. The effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on self-efficacy and self-esteem of married men with substance abuse. *Journal of Consulting Research*, 2014; (52): 92-107.

متغیرهای مزاحم مانند ویژگی‌های شخصیتی از دیگر محدودیت‌هاست. با توجه به این‌که مطالعه حاضر بدون مرحله پیگیری انجام شد پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی مرحله پیگیری مورد بررسی قرار گیرد. جهت اظهار نظر قاطعانه‌تر و بهتر در مورد نتایج حاصل از این پژوهش، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های دیگری در همین زمینه و در محیط‌های بستری دیگر انجام گردد تا بتوان با فراهم‌سازی امکان مقایسه، قدرت تعمیم نتایج را افزایش داد.

### قوت پژوهش

از نتایج پژوهش حاضر می‌توان در حوزه‌های مختلف پژوهش و بالینی به شرح زیر استفاده کرد. در ارائه مشاوره درمانی، درمانگران و پرسنل مراکز بهداشت و درمان می‌توانند از نتایج پژوهش حاضر استفاده نمایند.

### تقدیر و تشکر

بدین وسیله از همه داوطلبان شرکت کننده و همچنین انجمن MS تهران برای همکاری که امکان اجرای این مطالعه را فراهم نمودند تشکر و قدردانی می‌شود. نتایج این مطالعه برگرفته از رساله دکتری روانشناسی بالینی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، با شتابه اخلاق: IR.PNU.REC.1399 / 116 است و در وبسایت سیستم ملی اخلاق در تحقیقات زیست پزشکی قابل مشاهده می‌باشد.

### منابع

1. Reich DS, Lucchinetti CF, Calabresi PA. Multiple Sclerosis. *New Engl J Medicine*. 2018; 378:169–180. doi: 10.1056/NEJMra1401483
2. Filippi M, Rocca MA, Barkhof F, Brück W, Chen JT, Comi G, et al. Association between pathological and MRI findings in multiple sclerosis. *Lancet Neurol*. 2012; 11:349–360. doi:10.1016/S1474-4422(12)70003-0
3. Inojosa H, Schrieffer D, Ziemssen T. Clinical Outcome Measures in Multiple Sclerosis: A review. *Autoimmun Rev*. 2020.
4. Kaunzner UW, Al-Kawaz M, Gauthier SA. Defining Disease Activity and Response to Therapy in MS. *Curr Treat Option Ne*. 2017; 19:20. doi: 10.1007/s11940-017-0454-5
5. Leocani L, Rocca MA, Comi G. MRI and neurophysiological measures to predict course, disability and treatment response in multiple sclerosis. *Curr Opin Neurol*. 2016; 29:243. doi: 10.1097/WCO.0000000000000333
6. Azami M, Khorshidi A. Epidemiology of Multiple Sclerosis in Iran: A Systematic Review and Meta-analysis. 2019; 2 (1):4-14. URL: <http://newresearch.medilam.ac.ir/article-1-430->

10.22038/ebcj.2020.45326.2230 Online ISSN: 2008-370X

27. Galhardo A, Cunha M, Gouveia J P. Measuring Self-Efficacy to Deal with Infertility: psychometric Properties and Confirmatory Factor Analysis of the Portuguese Version of the Infertility Self-Efficacy Scale. *Journal of Research in Nursing & Health*; 2013; 36: 65-74.
28. Wilski M, Kocur P, Górny M, Koper M, Nadolska A, Chmielewski B, et al. Perception of multiple sclerosis impact and treatment efficacy beliefs: mediating effect of patient's illness and selfappraisals. *J Pain Symptom Manage*. 2019; 58(3):437-44.
29. Ifantopoulou P N, Artemiadis A K, Triantafyllou N, Chrousos G, Papanastasiou I, Darviri C. Self-esteem is associated with perceived stress in multiple sclerosis patients. *Neurol Res*. 2015; 37(7):588-92. doi: 10.1179/1743132815Y.0000000016. Epub 2015 Mar 3.
30. Motl RW, McAuley E, Wynn D, Sandroff B, Suh Y. Physical activity, self-efficacy, and health-related quality of life in persons with multiple sclerosis: analysis of associations between individual-level changes over one year. *Quality of Life Research*, 2013 ; 22: 253–261
31. Jongen PJ, Wesnes K, Geel B V, Pop P, Schrijver H, Visser LH, et al. Does self-efficacy affect cognitive performance in persons with clinically isolated syndrome and early relapsing remitting multiple sclerosis? *Journal of Multiple Sclerosis International*, 2015; 960 282: 1-8. doi: 10.1155/2015/960282. Epub 2015 Apr 29.
32. Arnett PA, Barwick FH, Beeney JE. Depression in multiple sclerosis. Review and theoretical proposal. 2008; 14: 691-724.
33. Young, J E. *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-Focused Approach*. Sarasota, Fl: Professional Resource Press. 1990
34. Thase ME, Nierenberg AA, Vrijland P, van Oers HJ, Schutte A-J, and Simmons JH. Remission with mirtazapine and selective serotonin reuptake inhibitors: a meta-analysis of individual patient data from 15 controlled trials of acute phase treatment of major depression. *International clinical psychopharmacology*, 2010; 25(4):189-98.
35. Zakerzadeh Z, Golparvar M, Aghaei As. The effectiveness of integrated therapist-centered therapy and Young's schema therapy on the perception of exclusion of people with borderline personality traits. *Journal of Clinical Psychology & Personality* 2020; 18(1) Serial 34:125-136.
17. Newman MG, Lera SL, Erickson TM, Przeworski A, Castonguay LG. Worry and generalized anxiety disorder: a review and theoretical synthesis of evidence on nature, etiology, mechanisms, and treatment. *Annu Rev Clin Psychol*. 2013; 9: 275-297.
18. Văcăraș, V. Văcăraș, V. Nistor, C. Văcăraș, D. Nicolae Opre, A. Blaga, P. and. Mureșanu, D. F. The Influence of Depression and Anxiety on Neurological Disability in Multiple Sclerosis Patients. *Hindawi Behavioural Neurology* Volume 2020; Article ID 6738645, 8 pages <https://doi.org/10.1155/2020/6738645>
19. Martinsen K D., Kendall P C., Stark K., & Neumer S P. Prevention of anxiety and depression in children: Acceptability and feasibility of the Trans diagnostic EMOTION program. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2016; 23: 1-13
20. Jones K H, Ford D V, Jones F A, John A, Middleton R M, Jones H L, et al. A Large-Scale Study of Anxiety and Depression in People with Multiple Sclerosis: A Survey via the Web Portal of the UK MS Register. Article in *PLoS ONE* · 2012; 7 (7): e41910.1-10
21. Abdul Razzak H, Harbi A, and Ahli S. Depression: Prevalence and Associated Risk Factors in the United Arab Emirates, Oman. *Medical Journal*, 2019; 34(4): 274–282.
22. Boeschoten R E, Braamse A M J, Beekman ATF, Oppen P v, Dekker J, Uitdehaag B MJ, et al. Prevalence of depression and anxiety in Multiple Sclerosis: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the Neurological Sciences*. 2017; 372: 331–341.
23. Jiang X, Olsson T, Hillert J, Kockum I, and Alfredsson L. Stressful life events are associated with the risk of multiple sclerosis. *Eur J Neurol*. 2020; 27(12): 2539–2548. Published online 2020 Aug 23. doi: 10.1111/ene.14458
24. Asadi Haghighat M, Zahra Kar K, Farzad V. Cognitive-Behavioral Stress Management Training (CBSM) on Reducing Stress Symptoms of Women with Multiple Sclerosis (MS). *Journal of Disability Studies* 2019; (9):77. Published online 2019 Nov
25. Karimi S, Andayeshgar B, and Khatony A. Prevalence of anxiety, depression, and stress in patients with multiple sclerosis in Kermanshah-Iran: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 2020; 20:166. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02579-z>
26. Hejazizadeh N, Pazokian M, Nasiri M. Self-efficacy in Patients with Multiple Sclerosis: A Model Test Study. *Evidence Based Care Journal* 2020; 09:30 originally published online 01 January 2020. DOI:

- depressed patients stability and relation with depressive symptoms over the course of treatment. *Journal of Affective Disorders*, 2012; 136(3), 581-90. Doi: 10.1016/j.jad.2011.10.027. Epub 2011 Nov 25.
46. Morad Hasili M, Shams Esfandabad H, Kakavand A R. A Comparison of the effectiveness of schema therapy and cognitive-behavioral therapy on the self-efficacy and lifestyle related to weight loss. *Journal of Mental Health Research*: 2015; 9 (4) 50-61.
  47. Mitchell A J, Benito-León J, José- González M M, Rivera-Navarro J. Quality of life and its assessment in multiple sclerosis: integrating physical and psychological components of wellbeing. *Journal of Lancet Neurology*, 2005; 4(9): 556 – 660. doi: 10.1016/S1474-4422(05)70166-6
  48. Lovibond SH, Lovibond PF. Manual for the depression anxiety stress scales. Psychology foundation. Sydney; 1995.
  49. Antony MM, Brlow DH. Handbook of Assessment and Treatment Planning for Psychological Disorder. New York, Guilford press. 2002.
  50. Sahebi A, Asghari M J, Salari R S. Validation of Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21) for an Iranian Population. *Journal of Iranian Psychologists* 2005; 1(4) :36-54
  51. Rezaei Adriani M, Azadi A, Ahmadi F, Vahdiyan Azimi, A. Comparison of depression, anxiety, stress and quality of life of male and female students living in dormitories. *Journal of Nursing*. 2007; 2 (5): 31-38.
  52. Schwarzer R, Jerusalem M. Generalized Self-Efficacy Scale. In S. Wright, & M. Johnston, & J. Weinman (Eds.), *Measures in Health Psychology: A User's Portfolio. Causal and Control Beliefs*. Windsor, UK: Nfer Nelson. 1995; 35–37.
  53. Rajabi Gholamreza .Reliability and validity of the general self-efficacy scale in psychology students of the Faculty of Educational Sciences and Psychology of Shahid Chamran University of Ahvaz and Marvdasht Azad University. *New educational ideas. Spring and summer 2006*; 2( 1 -2) : 111 - 122
  54. Payamani F, Miri M, Jahani U. Assessment of different methods to cope with stress amongst patients suffer from MS in MS Association in Tehran. *Mendish Nursing Quarterly*. 2010; 1(1):45-54.
  55. Shahab A, Ahadi H, Jamhari H, Mojambari Kraskian A. The effectiveness of group emotional schema therapy on subjective, well-
  36. MarySue, V. Heilemanna, Huibrie, C. Pieters, Priscilla, Kehoe, Qing, Y. Schema therapy, motivational interviewing, and collaborative-mapping as treatment for depression among low income, second generation Latinas. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 2011; 42, 473- 480.
  37. Ghorban Alipour M, Moghaddamzadeh A, Jafari I. The effectiveness of schema therapy and logo therapy on death anxiety in people with self-morbidity. *Journal of Clinical Psychology and Counseling*. 2017; 7 (1): 52-66. DOI: 10.22067/ijap.v7i1.51952
  38. Titov N, Dear BF, Ali S, Zou JB, Lorian CN, Johnston L, et al. Clinical and cost-effectiveness of therapistguided internet-delivered cognitive behavior therapy for older adults with symptoms of depression: a randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, 2015; 46(2):193-205.
  39. Tusi Rad S R, Razavi Nematollahi V S .Comparison of the effect of two methods of schema therapy and emotional disclosure in reducing students' depression. *Journal of Women and Family Studies*. 2016; 8 (33), 91-112.
  40. Khoshnood G H, Shirkavand N, Ashoori J, Arab Salari Z. Effects of Schema Therapy on the Happiness and Mental Health of Patients with Type II Diabetes. *Diabetes Nursing*. 2015; 3 (1): 8 - 18.
  41. Ahmadi M, Karaminia R, Watankhah H R, Hemmati Sabet A, Ahangarani Z, Hemmati M. The Comparison of Eye Movement Desensitization Reprocessing (EMDR) intervention and group cognitive therapy Efficacy on reducing depression symptoms in depressed war veterans. *Journal of Military Psychology*. 2011; 2 (7):1-9.
  42. Shahamat, F. Prediction of general health symptoms (physicalization, anxiety and depression) based on early maladaptive schemas. *Journal of Psychology, University of Tabriz*. 2010; 5(20):107-128.
  43. Dickhaut V, Arntz A. Combined group and individual schema therapy for borderline personality disorder: A pilot study, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 2014; 45(2): 242-251. Doi: 10.1016/j.jbtep.2013.11.004.
  44. Malogiannis I A, Arntz A, Spiropoulou A, Tsartsara E, Aggeli A, Karveli S, Vlavianou M. Schema Therapy for patients with chronic depression: a single case series study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2014; 45(3): 319-329. doi: 10.1016/j.jbtep.2014.02.003
  45. Renner F, Lobbstaël J, Peeters F, Arntz A, Huibers M. Early maladaptive schemas in

- among Nurses. *Sadra medical journal*. 2016; 4 (4): 221 – 230
59. Farhadi1, M, Pasandideh, MF. The Effectiveness of Mindfulness ((MBSR) on stress, anxiety and depression and increasing the self-efficacy in patients with multiple( 2018) *Journal of Clinical Psychology & Personalit* Vol. 15, No. 2, Serial 29 Autumn & Winter 2017- 2018 pp.: 7-15
60. Nusratabadi M , Grouh A, Effectiveness of Schema Therapy on Reducing Anxiety and Depression and Improving Sexual Function in Women with Vaginismus(2020) *Journal of Clinical Psychology & Personality* Vol. 18, No. 2, Serial 35, Autumn & Winter 2020-2021, pp.: 11-19. DOI: <https://dx.doi.org/10.22070/cpap.2020.293>
- being, fatigue of patients with multiple sclerosis in Shiraz. *Methods and psychological models / Tenth year / Number 4 / Winter 2020 ;10(4):77-96*
56. Nenadić L, Lamberth S, Reiss N. Group schema therapy for personality disorders: a pilot study for implementation in acute psychiatric in-patient settings. *Journal of Psychiatry Research*, 2017; 253: 9 -12.
57. Hazlett-S H. Mindfulness -based stress reduction for comorbid anxiety and depression case report and clinical considerations. *Journal of Nerv Ment Dis*; 2012; 200(11): 999-1003.:
58. Karami J, Azami Y, Jalalvand M, Darabi A, Rastgoon N. The Effectiveness of Cognitive Group Therapy based on Schema in Reducing Job Stress